



TITLE:

# 解離性大動脈瘤の1例

AUTHOR(S):

高山, 晴夫; 中村, 和夫; 宮本, 上総

---

CITATION:

高山, 晴夫 ...[et al]. 解離性大動脈瘤の1例. 日本外科宝函 1959, 28(2): 676-680

ISSUE DATE:

1959-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206768>

RIGHT:

## 参 考 文 献

- 1) Blalock, A., and Kiefer, R. F., Jr.: Valvulotomy for the Relief of Congenital Valvular Pulmonic Stenosis with Intact Ventricular Septum; Report of Nineteen Operations by the Brock Method, *Ann. Surg.*, **132**, 496, 1950.
- 2) Brock, R. C.: Congenital Pulmonary Stenosis, *Am. J. Med.*, **12**, 706, 1952.
- 3) Himmelstein, A., Jameson, A. G., Fishman, A. P., and Humphreys, G. H.: Closed Trans-ventricular Valvulotomy for Pulmonic Stenosis, *Surg.*, **42**, 121, 1957.
- 4) Kirklin, J. W., Conolly, D. C., Ellis, F. H., Jr., Burchell, H. B., Edwards, J. E., and Wood, E. H.: Problems in the Diagnosis and Surgical Treatment of Pulmonic Stenosis with Intact Ventricular Septum, *Circulation* **8**, 849, 1953.
- 5) Sellers, T. H.: Surgery of Pulmonary Stenosis; A Case in Which Pulmonary Valve Was Successfully Divided, *Lancet* **1**, 988, 1948.
- 6) Swan, H., Cleveland, H. C., Muller, H., and Blount, S. G., Jr.: Pulmonic Valvular Stenosis; Results and Technique of Open Valvuloplasty, *J. Thorac. Surg.*, **23**, 504, 1954.

## 解 離 性 大 動 脉 瘤 の 1 例

大阪医科大学外科学教室 (指導 麻田栄教授)

高山 晴夫・中村 和夫・宮本 上総

(原稿受付 昭和33年7月22日)

## EIN FALL VON ANEURYSMA DISSECANS.

Von

HARUO TAKAYAMA, KAZUO NAKAMURA und KAZUSA MIYAMOTO

Aus der Chirurgischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Osaka  
(Chef: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

Ein 53 jähriger Patient. Stationäre Aufnahme wegen eines Bauchtumors. Klinische Untersuchungen machten das Vorhandensein eines abdominellen Aortenaneurysma verdächtig. Die Aortographie ergab ein Stenosenbild mit unregelmässigen Konturen. Der Patient starb vor der geplanten Operation an einer massiven Hämoptoe. Der Obduktionsbefund lautete: Aneurysma dissecans der Brust-sowie der Bauch-aorta. Am dem Aortenbogen folgenden Anfangsteil, dicht unterhalb des Zwerchfells sowie an der Verzweigungsstelle der beiden Aa. iliacae communes lagen sackartige Ausbuchtungen der Aortenwand vor. Die Intima zeigte ausgesprochene atheromatöse Veränderungen. In der Media waren vereinzelte nekrotische Stellen mit Zerreiſsung der elastischen Lamellen nachweisbar. Es gab also eine Diskrepanz zwischen klinischer Diagnose und wirklicher Sachlage. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass man heute bei immer häufiger werdenden Operationen gegen Aortenaneurysmen eventuell einem derartigen Fall begegnen könnte, haben wir uns erlaubt, über diesen Fall zu berichten.

我々は最近、臨床所見から腹部大動脈瘤の疑をおき、手術を実施すべく待機中、俄に大量の喀血をおこして死亡した患者を剖検した所、大動脈弓下部から始まり胸腹部大動脈の全長に亘る巨大な解離性大動脈瘤 Aneurysma dissecans であることが判明した興味ある1例を経験したので、ここに報告したいと思う。

## 症 例

患者：53才男子

主訴：腹部腫瘍

現病歴：昭和30年5月頃、腹痛と共に腹部中央に腫瘤のあるのに気付いたが、その後腹痛は軽減した。昭和32年5月、腹部より腰部に放散する神経痛様疼痛を

## 腹部触診所見

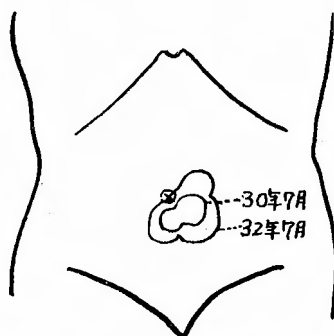


Fig. 1 腹部所見

覚え、この疼痛も間もなく消失したが、患者は腹部腫瘤に対する外科的治療を希望し、5月21日当科へ入院した。

既往歴：5才の時相撲をとり翌日より嚥下となっている。尚、性病は否定していた。

家族歴：兄が胃癌に罹患している。

現症：体格は中等、栄養可良、可視粘膜に貧血はなく、脈博は82で、緊張良好整調、血圧は右160-100mmHg、左182-110mmHgで、心濁音界はやゝ左に拡大し、心音は僧帽弁口と肺動脈弁口に収縮期雑音を聴取し、肺野には異常雑音を証明しな

い。

腹部は下腹部に静脈怒張が見られ、臍の下方が軽く膨隆しており、この膨隆に一致して手拳大の腫瘤を触れ、境界は鮮明で辺縁は不整、表面には粗大な凹凸があり、圧痛なく、硬度は弾性硬、移動性はなく、腫瘤の一部では心収縮期に一致して雑音を聴取した。肝は一横指触れるが、脾及び腎は触れない(図1)。

検査成績：血液所見は赤血球数440万、ザリー76%、白血球数6800、血清梅毒反応は陰性、尿尿に異常なく、喀痰中に若干の赤血球を証明した。肝機能は黄疸指数が15の他は病的所見なく、心電図では $V_4 \sim V_6$ でST下降を認めた。

レ線所見：胸部単純撮影では大動脈弓陰影が左方に著しく拡大し、下行大動脈の幅が著明に増しており、石灰沈着はなく、一見梅毒性大動脈中膜炎を思わせる像である(図2,3)。腹部単純撮影でも大動脈瘤壁の石灰沈着を認めず、次に造影剤を経口的に投与して消化管と腫瘤との関係を見たが、消化管が腫瘤によって圧排されているが器質的な変化は認められない(図4)。我々は更に大動脈撮影を行った。即ち第1腰椎の高さで大動脈を穿刺し60%ウログラフィンを注入、図5の如く大動脈及び総腸骨動脈がよく撮影されたが、大動脈内腔の拡張は全く見られず、大動脈左側の一部に鋸歯状の凹凸が認められた。

以上レ線検査によっても決定的診断は下し得なかつたが、臨床的には腹部大動脈瘤が最も疑われたので、試験開腹を行うべく待機していた所、突然左半身麻痺と意識混濁を来し、翌朝鮮紅色、泡沫状の血液を大量

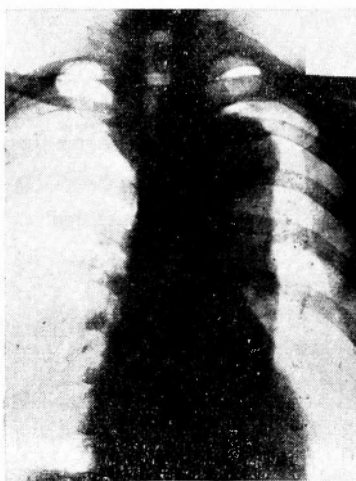


Fig. 2 胸部レ線像、大動脈弓拡大

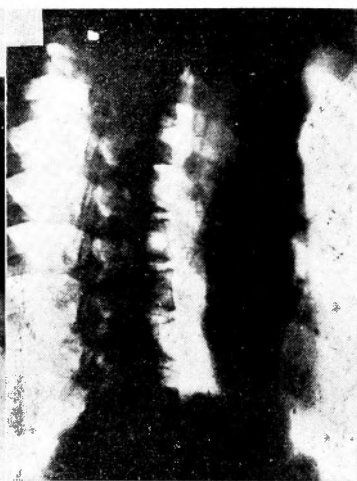


Fig. 3 胸部レ線像(第1斜位)、下行大動脈の幅著明に増大

喀出し、数分間で死亡した。

剖検所見：即日剖検が行われ、死因は解離性大動脈瘤の肺内穿孔であることが解つた。図6の示す如く大動脈腔自身の拡張は認められず、大動脈弓下行部内膜に大豆大の裂孔があつて、こゝから中膜の解離が始まり、大動脈の左側に於てその長軸に沿うて長い管腔が形成され、下端は盲管となつて総腸骨動脈分岐部に迄及び、恰も2本の大動脈が並行して走っている様である。そして前記交通孔の上部には鶏卵大、横膈膜直下には鶏卵大、総腸骨動脈分岐部には手拳大の嚢状腔が見られる。そして上端の大動脈瘤は肺内に穿孔して、左上葉実質を破壊し、鶏卵大の血腫を作り、これが気管と交通していた。これらの嚢状腔内には凝血と線維素塊が充満していた(図7,8)。

組織学的所見：大動脈壁の内膜にはアテローム変性があり、中膜は殆んど原形を留めておらず、弾性板は破壊断裂されて所々に残存し、硝子様変性を来している部分もあり、外膜は結合織性肥厚を来している。嚢状壁の中膜は壊死に陥っている(図9,10)。尚、大脳の灰白質には軟化が、又腎には動脈硬化性萎縮が見られたが、梅毒性変化は何処にも証明出来なかつた。

### 考 察

解離性大動脈瘤は古く1760年 Morgani の記載以来

### 剥離性大動脈瘤模型図

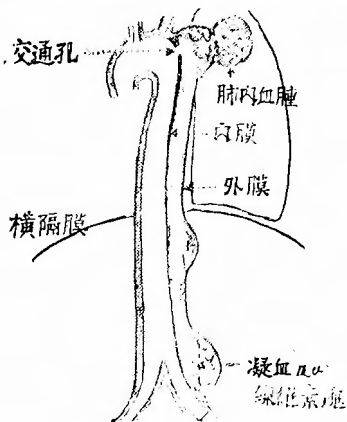


Fig. 6 病理解剖所見



Fig. 4 消化管は腫瘍によつて圧排されているが、器質的変化はない



Fig. 5 腹部大動脈撮影図。大動脈は左方に偏し、辺縁不整の鋸歯状を呈す

欧米並びに本邦に於ても時折報告がみられる。本症は中膜の変性によるものであると一般に解されているが、<sup>11)23)</sup> Lodwick<sup>4)</sup> 等の如く更に動脈硬化型を分類する学者もいる。ともあれ、大動脈に解離が起ると、Domzalski<sup>5)</sup> 等の指摘する如く、心症状、肺症状、神経症状、腹部症状又は無症状と多岐多様の臨床像を呈するので、これを診断することは甚だ困難である。レ線の検索はかなり有力な手掛りを与えるが、これとて決定的診断を得ることは困難な場合もある。本症のレ線像で特徴的なこととして、解離の発生と共に大動脈陰影が急速にその幅を増すこと、石灰沈着を屢々認めること等を Sollof<sup>6)</sup>, Wyman<sup>11)</sup> 等は指摘しているが、この石灰沈着の外側に幅広い大動脈陰影が存在すれば本症の診断はほぼ確定的と思われる。更に解離前後の一連のレ線像を比較し得れば一層確実である。近年では大動脈撮影法が試みられ、例えば Gilman<sup>7)</sup> の云う如く胸部に発した解離性大動脈瘤の場合、所謂“double barreled”の像が得られるならば診断は確定する。然しこれは内膜欠損部より中枢側で造影剤を注入した場合であつて、それより末梢側で造影を行う時は、この典型的な像は得られず、我々の症例も translumbal<sup>13)</sup> に行つたので、所謂“double barreled”の像が得られず、辺縁不整の狭窄像を得たことは既述の通りであるが、剖検所見から、このレ線像は高度の動脈硬化とアテローム変性によるものであることが判明したのである。従つてこの様なレ線像を得て、しかもこれに一致する部位に搏動を有する腫瘍を触れたならば、一応解

離性大動脈瘤を疑うべきであると考え。

解離性大動脈瘤の治療に関しては今までに動脈瘤周囲のWrapping等幾多の外科的方法が試みられているが、<sup>8)9)10)</sup>その他に最近De Bakey, Creech<sup>11)</sup>等が始めた手術がある。これは解離末梢部で大動脈を切離し末梢端の解離している内外面膜を縫着して、この断端を中枢側断端の外膜に吻合するのであつて、即ち解離腔内血流を本来の大動脈腔へ返えし爾後の解離と破裂を防がんとする方法であるが、解離腔が外へ破裂すると死亡を見るに反し、内へ即ち本来の大動脈腔へ破裂する場合には屢々本症が“自然治癒”を営むと云う臨床

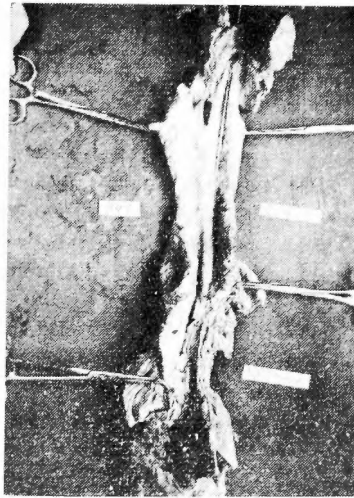


Fig. 7 大動脈内腔、ゾンデの部分が内腔と解離腔との交通孔(背面より)



Fig. 8 総腸骨動脈分枝部囊状腔凝血及び腺維素塊が充満している

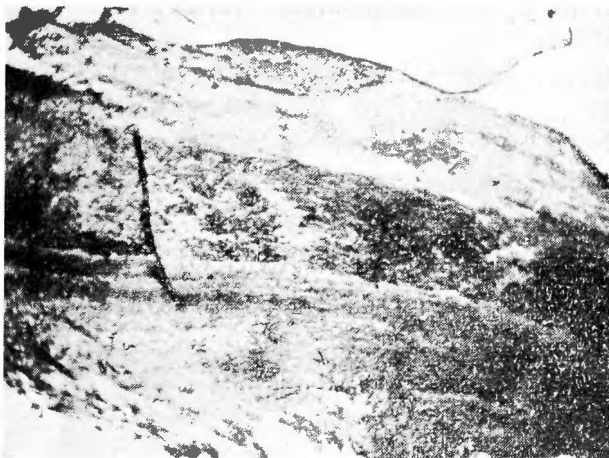


Fig. 9 大動脈壁組織像、内膜はアテローム変性、中膜は弾性板が破壊断裂し、外膜は結合繊維性肥厚を来している (H. E. 10×)



Fig. 10 中膜弾性板の破壊断裂 (H. E. 70×)

的事実にヒントを得た術式の由である。一方本症の存在部位並びに病変によつては病変部を切除して此处へ保存動脈又は代用血管を移植する方法がPrior<sup>12)</sup>, Gilman<sup>7)</sup>等により行われているが、今までの所必ずしも良好な成績ではなく、遠からず解決されねばならぬ問題であらう。

## 結 語

我々は臨床上決定的診断を下することが出来なかつた興味ある解離性大動脈瘤の1例を経験し、剖検によつて検査成績特に大動脈撮影像と病理所見とを比較検討することが出来た。大動脈瘤に対する手術が屢々実施されるに到つた現在、かゝる症例に遭遇する可能性を念願におくべきことを感じ、此处に報告した次第である。

## 文 献

- 1) Wyman, S. M.: Dissecting Aneurysm of the Thoracic Aorta. *Am. J. Roentgenol.*, **78**, 247, 1957.
- 2) 永矢之政: 破裂により心臓タンポナーデを起した解離性大動脈瘤の1例. 診断と治療, **42**, 1022, 昭29.
- 3) 福西泰三: 中膜壊死を基盤として発生した内膜破裂を伴わない大動脈剝離動脈瘤の1剖検例. 臨床内科小児科, **8**, 451. 昭28.
- 4) Lodwick, F. S.: Dissecting Aneurysms of the Thoracic and Abdominal Aorta. *Am. J. Roentgenol.*, **69**, 907, 1953.
- 5) Domzalski, C. A.: Diagnosis of Dissecting Aneurysm of the Aorta. *Arch. Int. Med.*, **83**, 770, 1951.
- 6) Sollof, L. A.: Dissecting Hematoma of Aorta. *Arch. Surg.*, **76**, 116, 1958.
- 7) Gilman, R. A.: Surgical Treatment of Dissecting Aneurysms. *J. Thorac. Surg.*, **33**, 670, 1957.
- 8) Mac Cune, W. S.: Experimental Aneurysms. *Ann. Surg.*, **138**, 216, 1953.
- 9) Mac Cune, W. S.: Latex and Thorium Dioxide. *Arch. Surg.*, **70**, 583, 1955.
- 10) Lowenberg, E. L.: Reports of 2 Cases Treated by Cutis Grafting. *Angiol.*, **1**, 396, 1950.
- 11) De Bakey, M. F.: Surgical Consideration of Dissecting Aneurysms of the Aorta. *Ann. Surg.*, **142**, 586, 1955.
- 12) Prior, J. T.: Chronic Dissecting Aneurysms. *J. Thorac. Surg.*, **33**, 213, 1957.
- 13) Deterling, R. A.: Direct and Retrograde Aortography. *Surgery*, **31**, 88, 1952.

## 肺葉切除による悪性絨毛上皮腫肺転移の治験例

島根県中央病院外科 (院長: 加古斉博士)

杉 浦 純 寛・清 家 澄 保

(原稿受付 昭和33年10月5日)

A CASE OF PULMONARY METASTASIS OF  
CHORIONEPITHELIOMA TREATED BY LOBECTOMY

by

YOSHINOBU SUGIURA, SUMIYASU SEIKEI

From the Surgical Clinic of the Shimane Central Hospital

(Chef: HIROSHI KAKU, M. D.)

A 49-year-old woman was admitted to our clinic on Dec. 20, 1957, complaining of cough and occasional hemoptysis, when a well-circumscribed tumor was visible roentgenographically in the right lower pulmonary field.

She had had two previous operations, the first being removal of an hydatiform mole in Nov. 1954, and the second being total hysterectomy in Feb. 1956, for cholinepithelioma uteri.

As metastatic chorionepithelioma was suspected, "Nitrogen Masterd N-Oxycide" was administered. On the roentgenogram there was little change in the size of the mass.

On Jan. 29, 1958, right lower lobectomy was performed and the specimen histologically proved to be metastatic cholinepithelioma.